

M.....

.....

.....

Numéro Séc. sociale :

Numéro d'adhérent :

A

Le

Objet : remboursement aides auditives / demande d'aide exceptionnelle

Madame, Monsieur,

Mon médecin m'a prescrit un équipement en aides auditives.

Je constate que l'Assurance-Maladie rembourse **autant** pour un appareil de classe 1 (panier 100 % santé), que pour un appareil de classe 2 (panier libre), respectant ainsi le libre choix du patient prévu par la réforme du « 100 % santé ».

Par contre, sauf erreur, votre remboursement est **moins** élevé en classe 2 qu'en classe 1.

Je ne comprends pas pourquoi **vous me remboursez moins bien des aides auditives de technologies plus avancées et plus adaptées à mes besoins.**

Pourriez-vous **m'en expliquer les raisons ?**

Je sollicite également de votre part une aide qui compensera cette différence, et ainsi me permettra de **choisir librement mon équipement auditif.**

Dans l'attente de votre réponse, je vous remercie par avance et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.